



Une nouvelle grille d'analyse pour le contrôle de gestion hospitalier : le contrôle intégré de Simons

Jérôme LARTIGAU, Directeur d'hôpital, Chercheur associé à l'ERFI, Institut des Sciences de l'Entreprise et du Management, Université de Montpellier 1, jeldds@hotmail.fr

Thierry NOBRE, Professeur des Universités, Ecole de Management Strasbourg
thierry.nobre@unistra.fr

Résumé :

Cette communication a pour but d'analyser l'évolution du contrôle de gestion hospitalier dans le contexte actuel des réformes de la tarification à l'activité et de la nouvelle gouvernance. Cette évolution conduit à s'interroger sur la pertinence des concepts récemment mis en exergue dans la littérature et sur l'adaptabilité du cadre conceptuel de Simons au contexte hospitalier.

Fondée sur une étude de cas, cette recherche confronte les pratiques de terrain au modèle de Simons et montre que cette approche peut présenter un grand intérêt dans le contexte des établissements de santé.

Mots clés :

Hôpital - Contrôle de gestion - Leviers de contrôle

Abstract:

This paper aims to analyze the evolution of hospital management control in the current context of reforms (prospective payment system and clinical directorates). This evolution raises questions about the relevance of concepts recently highlighted in the literature and about the adaptability of the conceptual framework of Simons in the hospital context.

This case study research compares field practices to Simons' model and shows that this approach can be of great interest in the hospital context.

Key words:

Hospital - Management control - Levers of control

Introduction

Pendant longtemps, la pratique quotidienne du contrôle de gestion dans les hôpitaux est restée fortement marquée par une logique budgétaire (Nobre, 2000) sans qu'il y ait réellement une réflexion approfondie sur les objectifs assignés à la fonction et sur ses ambitions managériales. Jusqu'à récemment, les gestionnaires hospitaliers percevaient principalement le contrôle de gestion en termes de *reporting*, de budgets, de tableaux de bord de dépenses, avec une vision essentiellement instrumentale.

Avec l'arrivée de la tarification à l'activité (plus connue sous le nom de « T2A » dans le milieu hospitalier) et l'organisation des services médicaux et médico-techniques en pôles d'activité (la « nouvelle gouvernance » prévue par l'ordonnance du 2 mai 2005), le contrôle de gestion à l'hôpital a vu son périmètre d'action et ses objectifs se renouveler profondément. Une vision purement technique et centralisée du contrôle de gestion laisse progressivement la place à une vision beaucoup plus managériale, associant spécialistes de la discipline et opérationnels médicaux dans un processus organisationnel global. On assiste ainsi à un phénomène de renforcement de la fonction contrôle de gestion mais en même temps à un changement dans l'animation du système de contrôle de gestion, lequel change de statut et de rythme (Pépin et Moisdon, 2010).

Du point de vue de la direction de l'établissement, il ne s'agit plus aujourd'hui de rester dans une enveloppe globale annuelle (qui n'existe plus) mais de maximiser les recettes d'activité prévues par le modèle de la T2A tout en optimisant l'utilisation des ressources pour atteindre les objectifs stratégiques formalisés dans le projet d'établissement. Pour ce faire, l'implication des médecins dans le processus est devenue incontournable ; les pôles d'activité sont ainsi apparus comme une solution institutionnelle satisfaisante pour promouvoir cette implication.

Ces changements du système de contrôle de gestion amènent les chercheurs en sciences de gestion à remettre en question les représentations usuelles du contrôle de gestion hospitalier et à s'intéresser à des concepts qui jusque-là n'étaient pas mobilisés dans le contexte particulier de l'hôpital. Or du fait de ses particularités - notamment son caractère d'organisation professionnelle - le système hospitalier est longtemps resté à l'écart des avancées de la recherche en la matière. Les changements auxquels nous assistons laissent augurer de la pertinence de ces nouveaux concepts dans le contexte hospitalier. Nous nous intéresserons en particulier au modèle de contrôle intégré que Simons a élaboré au cours des années 1990 pour

décrire l'environnement et le fonctionnement des firmes nord-américaines : ce modèle est-il pertinent pour l'hôpital français à l'heure de la T2A et de la nouvelle gouvernance ?

Dans une première partie, nous rappellerons les principales avancées de la recherche en contrôle de gestion, notamment le lien de plus en plus étroit entre la stratégie et le contrôle organisationnel. Nous rappellerons les principales caractéristiques du modèle de contrôle de Simons et verrons comment celles-ci peuvent être adaptées au contexte de l'hôpital d'un point de vue théorique. Nous nous appuierons pour ce faire sur la contribution d'Abernethy et Chua (1996), laquelle constitue à ce jour la seule tentative d'adaptation dudit modèle à un hôpital public.

Dans une deuxième partie, nous présenterons le cadre général de l'étude de cas qui a servi de base à la discussion. Cette étude de cas a été menée dans un centre hospitalier universitaire français au cours de l'année 2009. Dans cette partie, nous présenterons les principales caractéristiques méthodologiques de l'étude et les particularités du terrain étudié.

Enfin dans la troisième partie de l'exposé, nous analyserons le système de contrôle de gestion de l'établissement et nous verrons dans quelle mesure les changements induits par les nouvelles règles de gestion conduisent celui-ci à faire évoluer ce système en favorisant non seulement un contrôle interactif mais aussi un ensemble de leviers coordonnés. Nous nous interrogerons ainsi sur la pertinence et l'adaptabilité du modèle de Simons dans un centre hospitalier public et plus généralement dans le contexte hospitalier actuel.

1 Les évolutions récentes du contrôle de gestion et leur applicabilité dans l'univers hospitalier

La pratique – et la théorie – du contrôle de gestion connaissent de profonds bouleversements depuis plus d'une vingtaine d'années (Corfmat et al. 2000). Le cadre de référence peut dès lors ne plus être pertinent pour les besoins de contrôle actuels, en fait très différents de ceux développés dans les périodes antérieures (Otley, 1994 ; Nixon et Burns, 2005). La remise en question des paradigmes de la discipline (Hofstede, 1978 ; 1981), l'inadéquation des outils traditionnels du contrôle de gestion dans un contexte de plus en plus mouvant (Kaplan, 1984 ; Johnson et Kaplan, 1987), la crise de la comptabilité analytique (Lorino, 1989, p.85-91 ; Drucker, 1999, 109-111), un contexte marqué par une concurrence et une incertitude croissante, sont autant de facteurs explicatifs de la remise en question des paradigmes de la

discipline (Otley, 1994). Cette période est propice à l'apparition de nouvelles approches et explique la relation croissante entre stratégie et contrôle.

1.1 L'émergence du couple stratégie/contrôle

Les décennies 1980 et 1990 sont marquées par une floraison de recherches sur le lien de plus en plus étroit entre la stratégie et les dispositifs de contrôle de l'organisation¹ (Langfield-Smith (1997). Les recherches effectuées à cette époque font état d'un découplage croissant entre les préoccupations stratégiques de long terme et la focalisation sur le court terme des systèmes de contrôle de gestion (Horovitz, 1979). Ce découplage peut à terme représenter un danger pour la survie même de l'organisation.

L'idée d'une nécessaire association entre contrôle et stratégie finit par s'imposer comme le courant dominant de la doctrine. Ainsi, Johnson et Kaplan (1987, p.4) indiquent que « *le système de contrôle de gestion est une composante nécessaire dans la stratégie de la firme pour assurer sa compétitivité* ». Pour Simons (1991), « *les systèmes de contrôle de gestion sont considérés typiquement comme des outils pour la mise en œuvre de la stratégie* ».

Un courant de la littérature (Govindarajan, 1988 ; Govindarajan et Shank, 1992 ; Shank et Govindarajan, 1993) s'appuie sur le cadre théorique de l'avantage compétitif formulé par Porter² dans les années 1980. Ce dernier montre que les firmes peuvent s'appuyer sur deux types de stratégies : stratégie de domination par les coûts et stratégie de différenciation. Il devient évident que le système de contrôle doit être en cohérence avec les stratégies de l'entreprise. Par exemple, la stratégie d'une firme industrielle positionnée sur un marché mature où l'innovation est faible a de fortes chances d'être fondée sur la domination par les coûts (Govindarajan et Shank, 1992) ; dans ce cas, le système de contrôle de gestion s'appuie sur une comptabilité de gestion précise à base de coûts préétablis. A l'inverse, une entreprise de recherche et développement n'a ni la même stratégie, ni par conséquent le même système comptable et de contrôle de gestion (qui de toute façon, serait inopérant [Abernethy et Brownell, 1997]).

Le contrôle de gestion stratégique qui se développe dans les années 1990 redéfinit les missions des outils du contrôle. Dans cette conception, qui rompt avec la posture

¹ Signalons toutefois que les premières contributions dans ce domaine remontent au début des années 1970. Les articles de Vancil (1973) *What kind of management control do you need?* *Harvard Business Review* 51: 75-86 et de Lorange et Scott-Morton (1974) *A framework for management control systems*. *Sloan Management Review* 16(1): 41-56 expriment déjà la nécessité de faire coïncider stratégie et contrôle de gestion.

² Cf. Porter, M.E. (1980) *Competitive strategy* et (1985) *Competitive advantage*. New York: Free Press

traditionnelle, la comptabilité de gestion n'est plus seulement un outil d'information à visée interne mais doit procéder d'une visée externe, c'est-à-dire prendre en compte les besoins du marché et les capacités de la concurrence. Les outils du contrôle de gestion doivent dès lors se baser sur une approche par processus, conformément aux choix d'organisation réticulaire des entreprises (Mignon et Teller, 2009, p.69-70).

Dans ce contexte de flexibilité croissante, la formulation de la stratégie ne peut plus être le fait que de la direction. Grâce à une organisation décentralisée, la stratégie doit s'enraciner au niveau local (de la division par exemple) sur la base d'une connaissance fine des marchés et dans le but d'accroître son appropriation par les responsables locaux (Goold, 1991).

En effet, l'avantage compétitif repose avant tout sur une avance technologique par rapport à la concurrence, et un problème fondamental rencontré par les dirigeants est de concilier contrôle d'une part et innovation et créativité d'autre part (Simons, 1995b). Il est clair que l'évolution des systèmes de contrôle vers plus d'efficacité passe par une autonomisation (*empowerment*) des échelons intermédiaires et même des employés (Atkinson et al. 1995 p.586 ; Simons, 1995b). De fait, le contrôle organisationnel passe de plus en plus par l'implication croissante de tous les opérationnels dans des activités à connotation stratégique. La conception traditionnelle du contrôle formulée par Anthony (1988) et les frontières qu'elle établit entre planification stratégique, contrôle de gestion et contrôle opérationnel est donc de moins en moins adaptée au contexte actuel des entreprises (Langfield-Smith, 1997). C'est à ce stade que se précise la pensée de Simons.

1.2 L'apport de Simons

Il revient à Simons le privilège d'avoir su – à partir de ses propres travaux et des contributions de ses prédécesseurs – fournir un cadre de référence et surtout intégrateur pour le contrôle organisationnel.

Jusqu'aux années 1970-1980, le courant dominant dans la discipline du contrôle de gestion voit les systèmes de contrôle organisationnel comme des systèmes à simple boucle (Gigliani et Bedeian, 1974) et de nature cybernétique (Green et Welsh, 1988)³. Les buts de l'organisation sont fixés à l'avance, les résultats sont comparés à des objectifs établis en

³ Ce courant dominant a subi une critique virulente par Hofstede, G. (1978). The poverty of management control philosophy. *Academy of Management Review* 3: 450-461 (Cf. infra).

amont et les divergences font l'objet d'un *reporting* aux managers pour engager des actions correctives (Anthony, 1993).

Pour Simons (1991) le processus de contrôle qui vient d'être décrit suppose que la stratégie est une contrainte : les stratégies sont approuvées (sinon développées) par les dirigeants, les plans stratégiques sont communiqués du sommet vers la base et les systèmes de contrôle formels informent ces dirigeants sur le degré de conformité des actions et des résultats aux plans établis. Puisque dans cette conception le système de contrôle est avant tout un outil de management par exception, il peut être qualifié de *système de contrôle diagnostique*.

Cette vision « technocratique » de la stratégie commence à être contestée dès les années 1970. Mintzberg (1978) démontre que la stratégie est loin d'être un processus *top-down* dans lequel les orientations sont figées et exécutées par les échelons inférieurs ; bien au contraire, elle est limitée par les capacités cognitives des dirigeants et elle résulte très souvent d'un processus incrémental et émergent. Simons (1991 ; 1995a, p.18-19) défend un point de vue convergent : contrairement à la conception défendue par Anthony (1988, p.10), la formulation de la stratégie ne se fait pas seulement du haut vers le bas (*top-down*), de manière délibérée et intentionnelle mais peut résulter d'un processus émergent voire mixte. Pour l'auteur, le système de contrôle de gestion n'est alors plus un outil de gestion par exception mais peut être utilisé plus activement pour la gestion opérationnelle quotidienne. Ce modèle liant étroitement contrôle et stratégie – que Simons qualifie de « *système de contrôle interactif* » – est un processus récurrent alimenté par des réunions et un débat permanents entre les dirigeants et les managers opérationnels. Le système de contrôle interactif stimule l'*apprentissage organisationnel* et l'émergence de nouvelles stratégies (Simons, 1995a, p.106). Simons établit ainsi un lien explicite entre son modèle théorique et celui de l'apprentissage organisationnel élaboré par Argyris et Schön (2002) en reprenant à son compte les concepts de *double boucle* et de *simple boucle* (Argyris, 1976) :

« Les systèmes de contrôle diagnostique facilitent l'apprentissage en simple boucle ; les systèmes de contrôle interactif facilitent l'apprentissage en double boucle. L'apprentissage en simple boucle maintient un processus dans des frontières connues ; l'apprentissage en double boucle amène à s'interroger sur la base même sur laquelle les stratégies ont été conçues. » (Simons, 1995a, p.106).

Simons précise son cadre conceptuel dans les années qui suivent et montre que dans un contexte d'incertitude stratégique, les managers utilisent les systèmes de contrôle comme leviers du renouveau stratégique. Il propose un cadre global dans lequel s'insèrent des

systèmes de contrôle aux caractéristiques très différentes mais aux finalités similaires puisqu'il s'agit d'assurer le contrôle de l'organisation.

Simons (1995a, p.7) utilise une métaphore quasi-mystique pour définir ce cadre intégrateur. Les quatre leviers de contrôle représentent des forces opposées, comme le Yin et le Yang de la philosophie confucéenne : les systèmes de valeurs et les systèmes interactifs représentent la face positive du contrôle tandis que les systèmes de délimitation et les systèmes diagnostiques symbolisent sa face négative. D'un côté les systèmes qui mobilisent, de l'autre les systèmes qui contraignent, l'ensemble tendant vers un équilibre dynamique destiné à rendre effectif le contrôle stratégique. Le dosage et l'utilisation de ces leviers est une décision capitale pour les dirigeants, étant entendu pour Simons (Ibid., p.10) que la mise en œuvre de la stratégie ne dépend pas d'un seul levier mais requiert un équilibre entre les quatre. Le système de contrôle peut être conçu en sélectionnant certains des mécanismes du « portefeuille » (*portfolio*) de contrôle organisationnel (Abernethy et Chua, 1996).

On peut constater que le cadre établi par Simons donne une place égale à tous les instruments de contrôle, aussi bien qualitatifs que quantitatifs. Ces derniers forment le socle des systèmes de contrôle diagnostique et se caractérisent par leur aptitude à contrôler les résultats

Le cadre intégrateur proposé par Simons est en fait la synthèse de travaux précédents qui envisageaient déjà le système de contrôle comme un « ensemble » issu de différentes sources et complémentaires dans le processus de contrôle (Daft et MacIntosh, 1984).

D'un point de vue théorique, la pensée de Simons est réellement novatrice puisqu'elle parvient à englober dans un système unique plusieurs types de contrôle dont l'analyse exigeait le recours à des cadres théoriques parfois incompatibles, voire des disciplines différentes. Par exemple, le système de croyances, qui repose sur des valeurs fondamentales, fait écho au système de contrôle par le clan illustré par Ouchi (1980). Mais si le cadre intégrateur développé par Simons s'avère très pertinent pour les organisations industrielles et commerciales, l'est-il également pour les organisations hospitalières ?

1.2.1 Applicabilité du cadre théorique de Simons à l'univers hospitalier

Les débats développés au sein du monde académique concernent avant tout les entreprises du secteur concurrentiel, confrontées parfois de manière brutale à l'évolution de leur environnement social et économique. Il peut paraître prématuré de mobiliser ces apports récents de la recherche en contrôle de gestion dans le domaine hospitalier compte tenu de

l'introduction tardive du contrôle de gestion à l'hôpital. Même si l'arrivée de la T2A modifie complètement les perspectives en matière de gestion, l'activité hospitalière reste profondément ambiguë, tant s'agissant des objectifs globaux que de la mesure de la performance. C'est justement la difficulté que soulèvent Goold et Quinn (1991) : la mise en œuvre pratique d'un contrôle de gestion stratégique peut s'avérer complexe à réaliser.

Cette confrontation entre des innovations managériales issues de concepts et d'approches nouvelles et le contexte organisationnel de l'hôpital où le contrôle de gestion est encore très récent conduit à se poser la question suivante : les avancées conceptuelles qui viennent d'être décrites trouvent-elles une résonance dans l'univers hospitalier ?

La réponse à cette question n'est pas aisée : si la question du contrôle organisationnel dans les hôpitaux fait l'objet d'une littérature abondante, celle de la stratégie est moins traitée. La liaison stratégie/contrôle quant à elle, à défaut d'être une question mineure, n'a pas encore suscité l'intérêt qu'elle mérite même si des études se réclamant du cadre théorique de Simons ont été menées dans un passé proche – essentiellement dans les pays anglo-saxons (Abernethy et Chua, 1996 ; Abernethy et Lillis, 2001).

1.2.2 La question stratégique

La question stratégique peut paraître inopportune dans un environnement aussi *institutionnalisé* (Meyer et Rowan, 1977) que celui de la santé. La mise en œuvre de politiques conçues au niveau national et relayées à l'échelon local par les autorités de régulation comme les agences régionales de santé semble accréditer cette thèse, c'est-à-dire celle d'un déterminisme engendré par l'isomorphisme coercitif – pour reprendre la terminologie de DiMaggio et Powell (1983) et de la théorie néo-institutionnelle.

D'un autre côté, toutes les tendances décrites plus haut telles que le mouvement général vers des mécanismes de marché, l'identification d'un produit hospitalier (en France, le groupe homogène de séjours ou GHS) et l'optimisation de l'offre de soins dans le cadre d'une organisation en ligne de produits entraînent des changements importants dans la façon de gérer les organisations de santé. Dans ce contexte, les aspects stratégiques deviennent vitaux et une mission de première importance pour les managers de haut niveau des organisations professionnelles est de développer un contrôle stratégique (Whittington et al. 1994). D'autre part, si les forces institutionnelles sont une contrainte, elles ne font pas obstacle à l'élaboration de stratégies par l'organisation (Oliver, 1991) voire l'imposent, notamment en France, par l'obligation faite aux hôpitaux de formaliser un projet d'établissement .

Il n'est toutefois pas aisé de prendre position à ce stade car le concept-même de stratégie est très difficile à cerner dans un contexte hospitalier. Mintzberg (1982, p.322) est le premier à proposer un cadre explicatif cohérent et approfondi en la matière. Pour lui, le concept de stratégie compris de manière classique n'a pas de sens dans ce type d'organisation. Compte tenu de l'autonomie dont dispose chaque professionnel dans son travail, il vaut mieux parler de stratégie individuelle pour chacun d'entre eux :

« dans de nombreux cas, le professionnel choisit ses propres clients et les méthodes qu'il utilise pour les traiter : ce faisant, il décide de sa propre stratégie exprimée en termes de produits et de marchés. Mais ce choix n'est pas fait au hasard : il est influencé de façon substantielle par les normes et les compétences professionnelles, et donc par les associations professionnelles et les organismes de formation externe à l'organisation » (Mintzberg, 1982, p.322).

Le processus de formation de la stratégie tel que défini par Mintzberg est donc en quelque sorte à double-détente : il s'élabore à la fois en interne et au niveau le plus basique – c'est-à-dire celui de l'opérateur médical pris individuellement, et en externe par des entités qui n'ont aucun lien institutionnel avec l'hôpital. Dans un cas comme dans l'autre, la plupart des problèmes stratégiques relèvent plus des professionnels que des managers ; parler d'objectifs en matière d'activité médicale relève le plus souvent du vœu pieu car traditionnellement, les directions d'établissement n'ont qu'un pouvoir très faible pour orienter cette activité. En effet, ou bien l'activité est programmée et dans ce cas, chaque médecin travaille de manière autonome avec un réseau de médecins de ville avec lesquels il entretient des liens étroits, ou bien l'activité échappe à toute programmation comme dans le cas des admissions en urgence et dans ce cas, les médecins ne peuvent que constater l'afflux dans leurs services et répondre à la demande de prise en charge sans pouvoir en influencer le cours.

Pour Mintzberg (2004, p.333 et s.), le processus de décision dans ces organisations est donc plus proche du modèle de la « poubelle » (Cohen et al. 1972) que de celui constaté dans les organisations « conventionnelles ». La fragmentation de l'organisation et l'appartenance des professionnels à des associations extérieures contribuent à décourager l'émergence d'une stratégie organisée. Paradoxalement, on assiste ainsi à un processus contradictoire entre un changement omniprésent au niveau le plus fin et une stabilité de l'organisation au niveau le plus large.

Cette stabilité se retrouve concrètement dans la vie hospitalière française : les établissements publics de santé n'ont en effet qu'une liberté relative en matière d'offre de soins ; une partie de leurs activités répond à des obligations légales et réglementaires et il ne leur est pas

possible de s'y soustraire (par exemple l'accueil des urgences). C'est en partie identique pour les établissements de santé privés qui doivent répondre à des cahiers des charges exigeants dans certaines disciplines médicales. Le point commun entre les secteurs hospitaliers privé et public est l'application d'un canevas de l'offre de soins connu sous le nom de « Schéma Régional d'Organisation Sanitaire » (SROS) et que pilote l'Agence Régionale de Santé⁴. Ainsi, la stratégie de l'établissement est-elle dictée, ou en tout cas doit-elle s'inscrire dans les grandes lignes du SROS. C'est à partir du schéma intégrateur qu'est le SROS que chaque établissement hospitalier signe avec l'agence régionale de santé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), lequel fixe dans le détail les objectifs généraux de l'établissement et les moyens alloués.

Cette vision traditionnelle de la stratégie hospitalière tend toutefois à être remise en question à l'heure actuelle. Au niveau de la direction de l'hôpital, il existe des marges de manœuvre stratégiques qui permettent d'échapper à la logique d'airain de la planification nationale et régionale. De plus, le contexte qui est celui de l'hôpital depuis plusieurs décennies, c'est-à-dire le rationnement et la concurrence, a pu susciter une coagulation des intérêts des différents acteurs en interne (Engel et al. 1992). Les contraintes exercées sur les établissements hospitaliers peuvent aboutir ainsi à surmonter la classique opposition entre médecins et administrateurs (Ibid.).

D'autre part, la vision qui a été développée jusque-là était tout à fait pertinente pour un hôpital organisé en services, mais cette vision est en train d'être profondément remise en cause par l'organisation des services hospitaliers en pôles d'activité. La constitution de méta-structures médicales, censées fonctionner avec la direction générale sur un mode contractuel, positionne leurs responsables en point nodal de la stratégie (De Pourville et Tedesco, 2003).

Compte tenu de ces évolutions récentes, la question du lien entre la stratégie de l'organisation et les moyens de contrôle prend tout son sens.

1.2.3 La liaison stratégie/contrôle

En matière de lien entre la stratégie et le contrôle de l'organisation, l'intérêt de l'approche de Simons dans l'univers hospitalier est double :

- Il y a une forme de parenté avec celles préconisées par d'autres chercheurs, plus proches des cadres théoriques familiers de la sociologie des organisations ou de celui

⁴ Qui remplace dorénavant l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH).

d'Ouchi. Les types de contrôle informels identifiés par Simons sont par exemple assez proches des contrôles « professionnels » mis en exergue par Abernethy et Stoelwinder (1990 ; 1995) et Abernethy (1996).

- L'idée d'un système en équilibre dynamique, qui joue sur plusieurs leviers sans exclure totalement l'un d'eux, peut trouver une application dans une organisation qui, comme il a été démontré antérieurement, après s'en être longtemps remis à l'évaluation des professionnels, dispose de moyens plus fins pour contrôler leur activité et leurs résultats.

1.2.4 Un exemple d'adaptation du modèle de Simons à l'univers hospitalier : l'étude de cas d'Abernethy et Chua sur un hôpital universitaire australien

L'étude de cas d'Abernethy et Chua (1996) fournit un exemple de l'application du cadre théorique de Simons dans le domaine hospitalier. Les auteurs y mettent en évidence un contrôle organisationnel intégré (*organizational control mix*), matérialisé par un « portefeuille » incluant plusieurs mécanismes de contrôle. Ces mécanismes peuvent être divers mécanismes formels de contrôle comme les budgets, les indicateurs de performance, des procédures normalisées (*standard operating procedures*), etc., mais aussi des mécanismes plus discrets tels que des actions destinées à entraîner des changements culturels, comme par exemple la sélection du personnel. La question est de savoir comment l'organisation sélectionne différents mécanismes de contrôle pour créer un « package » destiné à assurer un contrôle intégré. L'article présente sur un mode narratif les changements intervenus dans un hôpital australien entre 1979 et 1991. Des pressions institutionnelles fortes ont obligé cet établissement à remettre profondément en question son mode de fonctionnement. L'action des dirigeants a été déterminante dans ce processus et a permis le passage d'un système de contrôle dominé par le staff médical et reposant essentiellement sur des mécanismes informels, qualitatifs et auto-administrés à un système de contrôle formel, bureaucratique et orienté principalement vers une culture managériale. La particularité de l'approche d'Abernethy et Chua est de ne pas focaliser le changement sur les outils comptables tels que la comptabilité de gestion mais de montrer comment une approche globale, conçue comme une stratégie délibérée, a modifié l'ensemble du système de contrôle.

Dans une démarche qui s'inspire du cadre de Simons, les auteurs identifient trois leviers de contrôle utilisés successivement ou simultanément.

1. La modification de la structure de gouvernance de l'établissement. Celle-ci se manifeste sur un plan qu'on pourrait qualifier de « politique » : renforcement du rôle du directeur général, réduction du pouvoir des médecins siégeant au conseil d'administration. Ou sur un plan plus « managérial » : création d'une structure divisionnelle composée de responsables médicaux sous l'autorité de la direction générale, renforçant ainsi la responsabilisation des médecins en matière de gestion.
2. La mise en œuvre d'une comptabilité de gestion plus élaborée destinée en premier lieu au pilotage interne, en particulier pour les responsables des divisions médicales. Un investissement important est consenti pour accroître la performance de la comptabilité de gestion.
3. La diffusion d'une culture de gestion dans l'établissement : mise en place d'ateliers de réflexion associant des médecins et des universitaires spécialisés en gestion et en économie, création d'un « club du management ».

Cette étude, qui utilise à la fois les cadres théoriques du contrôle intégré de Simons, du néo-institutionnalisme et du choix stratégique, montre d'abord que ces derniers ne sont pas incompatibles. Dans la lignée d'Oliver (1991), Abernethy et Chua affirment que « *les choix stratégiques sont possibles même dans un environnement qui manifeste d'importants degrés de contrôle par des bailleurs de fond externes* » et que le changement organisationnel – en l'occurrence le système de contrôle organisationnel – peut aller plus loin que ce qui est requis par l'environnement institutionnel. L'action des managers est en l'espèce déterminante, ce qui permet aux auteurs d'établir un lien entre les pressions institutionnelles et l'innovation stratégique (et les travaux de Simons).

Elle montre ensuite, et cela est très important pour des chercheurs en comptabilité et contrôle, que les outils comptables, même s'ils sont importants dans la conduite du changement, ne sont pas les seuls qui entrent en ligne de compte.

« *les organisations n'ont pas besoin d'investir dans des systèmes comptables hautement sophistiqués pour répondre aux demandes de légitimation et d'efficacité des parties prenantes. Des contrôles budgétaires « grossiers » peuvent être un substitut suffisant pour des contrôles de coûts « sophistiqués » si d'autres éléments (non comptables) du système de contrôle garantissent que l'ensemble, en tant que totalité, répond aux exigences des parties prenantes* » (Abernethy et Chua, 1996).

Malgré l'exemple que nous venons de retracer, la mobilisation de la pensée de Simons et plus généralement l'introduction d'une dimension stratégique dans le système de contrôle de gestion hospitalier se heurte *a priori* à plusieurs obstacles. L'environnement hautement institutionnalisé dans lequel évolue l'hôpital, la difficulté à faire émerger une stratégie d'établissement cohérente sont des facteurs importants qui peuvent limiter l'applicabilité du cadre théorique auquel nous nous référons.

Il n'en demeure pas moins que l'environnement législatif et réglementaire de l'hôpital se transforme à une vitesse prodigieuse, faisant concomitamment évoluer le contrôle de gestion hospitalier. Depuis 2004, la tarification à l'activité est devenue obligatoire pour tous les établissements hospitaliers, qu'ils soient publics ou privés. Le changement de tarification entraîne de profonds bouleversements et en premier lieu l'abandon du paradigme du budget global sur lequel se fondait la conception traditionnelle du contrôle de gestion. En effet, dans le contexte du budget global, l'objectif principal du contrôle de gestion était de maintenir les dépenses dans les limites budgétaires fixées pour l'exercice. La mise en œuvre d'un financement basé sur l'activité instauré par la T2A met en avant non plus la contention des dépenses mais l'efficacité des processus médicaux ; en cela, elle modifie en profondeur les rôles des différentes parties prenantes.

Depuis le 1^{er} janvier 2007, l'organisation des services hospitaliers en pôles d'activité donne une vigueur nouvelle aux concepts de délégation de gestion et de décentralisation. Dans cette nouvelle architecture, les praticiens hospitaliers responsables de pôle deviennent la clé de voûte d'un nouvel édifice dont le système de contrôle de gestion doit tenir compte.

Ces deux facteurs ont une influence grandissante sur le contrôle de gestion et la façon dont il s'exerce au sein des établissements hospitaliers. Nous allons voir dans quelle mesure ces facteurs peuvent contribuer à l'édification d'un système de contrôle de gestion rénové en nous intéressant à un centre hospitalier universitaire. Celui-ci a dû comme tous les autres subir la mise en place des réformes de la T2A et de la nouvelle gouvernance mais a su trouver une réponse à ces défis en suivant sa propre partition. Nous présenterons dans la partie suivante la méthodologie mise en œuvre et le terrain de recherche.

2 Méthodologie et présentation du terrain de recherche

La présente communication se base sur les résultats d'une étude de cas menée dans un centre hospitalier universitaire (que nous avons baptisé « Hôpital des Garrigues » dans l'exposé). Cette étude de cas qui s'est déroulée pendant six mois avait pour ambition d'analyser le système de contrôle de gestion de l'établissement et son évolution récente, principalement du fait de la mise en œuvre effective de la T2A.

Nous présenterons d'abord succinctement la méthodologie de recherche. Dans un second temps, nous brosserons un tableau général du terrain de recherche, en distinguant le contexte de gestion et l'organisation du contrôle de gestion dans l'établissement.

2.1 Méthodologie de recherche

Afin de restituer toute la complexité de l'organisation hospitalière, la stratégie de recherche choisie a été celle de l'étude de cas. A ce titre, plusieurs modes de collecte d'information ont été employés : entretiens semi-directifs, sources documentaires internes et externes, observation non participante.

Les entretiens approfondis constituent la principale source d'information. L'ensemble des entretiens a fait l'objet d'un enregistrement et d'une retranscription intégrale. Plusieurs témoins clés impliqués dans le système de contrôle de gestion ont pu être interrogés : les contrôleurs de gestion centraux ainsi que le directeur des finances, le directeur général adjoint de l'établissement, le chef de service du DIM, trois responsables médicaux de pôle ainsi que deux cadres administratifs de pôle. En tout, l'effectif interrogé est de 13 personnes.

A côté des entretiens, plusieurs observations ont pu être faites sur le terrain : observations de situations de travail telles que des réunions ou des dialogues entre différents agents concourant à la fonction contrôle de gestion. Certaines réunions telles que celle de la CIMA ou celles du groupe DEFI-DIM (Cf. infra) ont donné lieu à des notes d'observations détaillées.

Enfin, certaines sources documentaires ont été essentielles à la compréhension des enjeux de la fonction contrôle de gestion et au système général de contrôle : fiches de poste, fiches d'objectifs, site intranet, documentation réglementaire, etc.

2.2 Le terrain de recherche

L'hôpital des Garrigues est un centre hospitalier universitaire d'environ 1300 lits et places, qui se situe à proximité du centre hospitalier régional et universitaire (CHRU) localisé quant à lui dans la métropole régionale. Il emploie environ 4500 personnes, agents hospitaliers et personnels médicaux, et comprend toutes les disciplines médicales et chirurgicales.

Bien qu'étant un acteur majeur de la santé publique dans sa région, l'hôpital des Garrigues subit depuis quelques années des pressions des autorités de santé pour se rapprocher du centre hospitalier régional et universitaire voisin. Ce processus de co-développement a été entravé par les relations délicates qu'entretenaient jusque-là les deux établissements mais une évolution favorable semble se dessiner depuis peu. En attendant des jours meilleurs, l'hôpital des Garrigues a récemment développé une étroite coopération avec un centre hospitalier situé dans le même département, préfigurant d'une certaine façon les futures communautés hospitalières de territoire inscrites dans la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires plus connue sous le nom de « loi HPST ».

Après un règne de plus de quinze ans, le précédent directeur général de l'établissement a fait valoir ses droits à la retraite en 2007 et cédé la place à un nouveau directeur issu d'une région limitrophe. Connu pour son dynamisme et son ouverture d'esprit, le nouveau directeur général a initié une nouvelle dynamique managériale au sein de l'établissement.

2.2.1 Le contexte de gestion

Dans le cadre de la nouvelle gouvernance, l'établissement a mis en place, depuis fin 2006, 11 pôles médicaux et médico-techniques. Une première étape a consisté à définir et à délimiter les pôles. Une fois cette première étape accomplie, l'établissement a procédé à la nomination des praticiens responsables de pôle, des cadres supérieurs de santé et des cadres administratifs de pôle⁵.

L'un des aspects du nouveau management instauré par le directeur général est la relance du processus de contractualisation et de délégation de gestion. En effet, afin de donner un contenu à cette ambition managériale, la nouvelle direction générale a entrepris une action de

⁵ Les cadres administratifs de pôle, également appelés « assistants de gestion » dans certains établissements, sont les gestionnaires administratifs des pôles d'activité. Ils correspondent aux « *administrators* » ou « *business managers* » des *clinical directorates* (Cf. supra). Seuls les établissements les plus importants ont pu créer ou redéployer des postes pour cette nouvelle fonction.

grande ampleur pour diffuser une véritable culture de gestion dans les pôles. L'objectif recherché par la direction de l'établissement est :

« d'améliorer le fonctionnement interne par la mise en place d'un management participatif et de proximité. Il s'agit de faciliter le travail des équipes et utiliser au mieux le temps médical et soignant dans une logique d'amélioration globale de la qualité des soins et des performances ». (Site intranet).

La documentation issue du site intranet de l'établissement témoigne d'une volonté de créer une dynamique de gestion interne, partagée entre la direction et les services opérationnels. On peut toutefois noter que cette dynamique initiée au cours des années 2007/2008 n'a pas encore atteint sa pleine maturité : la contractualisation en est encore à une phase institutionnelle (la signature des contrats de pôle) mais de délégation de gestion ne se met en place que progressivement. Comme pour beaucoup d'établissements, le processus s'est fait à marche forcée et de manière relativement récente. La précédente direction générale ne s'est pas vraiment impliquée dans le projet, ce qui explique en partie le retard accumulé. La nouvelle direction doit donc redoubler d'efforts pour satisfaire à l'esprit de l'ordonnance de 2005 et mettre en œuvre une véritable délégation de gestion vers les pôles d'activité.

2.2.2 La fonction contrôle de gestion

Sur le plan institutionnel, le contrôle de gestion est exercé sous l'égide de la direction des finances (connue dans l'hôpital sous le sigle « DEFI »). Au sens de fonction organisée et identifiée dans la structure, il ne s'est vraiment développé que récemment dans l'établissement. Jusqu'au début des années 2000, le contrôle de gestion était réduit à un contrôle financier assez rudimentaire et exclusivement piloté par la cellule de suivi budgétaire de la direction financière. Une attachée d'administration hospitalière a été recrutée en septembre 2000 pour mettre en place le contrôle de gestion dans l'établissement.

(...) on mettait en place des tableaux de bord mais qui se qui se contentaient de retracer des données d'activités basiques : entrées / journées / taux d'occupation / durée moyenne de séjour / consultations, donc par service, par service et par pôle ; les dépenses... les dépenses directes, titre 1 à titre 4, pareil par service, et puis les recettes, les recettes de séjours, les recettes de consultation, éventuellement les MIGAC, les MERRI, bref toutes les recettes, et pour les dépenses indirectes, on se contentait de valoriser tout ce qui est structure logistique générale, tous ces trucs-là au coût ENC [Echelle Nationale des Coûts] (Responsable recettes/activité).

La mise en œuvre de la T2A a incité la direction à réorienter le travail de cet agent vers le pilotage des recettes issues de l'activité, travail qui s'effectue bien sûr en étroite relation avec le DIM (département de l'information médicale). Les missions de l'agent – rebaptisé « Responsable des recettes et de l'activité », étant désormais quasi-exclusivement orientées vers l'optimisation des recettes de la T2A, le contrôle des coûts et la maintenance de la

comptabilité de gestion ont du être confiés à un nouvel agent. Après un essai malheureux en interne, la direction a recruté en juillet 2008 un contrôleur de gestion très expérimenté, doté d'une bonne connaissance de l'univers industriel et du secteur hospitalier privé. Ce contrôleur de gestion n'est pas issu de l'administration traditionnelle et n'a pas le statut de fonctionnaire : son recrutement a été fait dans le cadre d'un contrat. La direction financière a souhaité centraliser les activités de contrôle de gestion qui auparavant étaient réparties sur différents secteurs, avec à leur tête un responsable, qui est officiellement appelé « contrôleur de gestion » et « *qui pourra ensuite intervenir de manière transversale dans les différents dossiers mais aussi structurer toute action du contrôle de gestion dans le temps au vu des projets de l'établissement* » (contrôleur de gestion).

La fonction contrôle de gestion s'incarne donc dans une personne clairement identifiée mais se partage en réalité entre trois entités : le contrôleur de gestion central, la responsable des recettes et de l'activité (qui est aussi considérée comme contrôleur de gestion), et en partie également le secteur budgétaire de la direction des finances. Ces trois entités travaillent de manière étroite sous la houlette du directeur des finances.

A côté de la direction des finances, il existe un département de l'information médicale (DIM) fortement structuré et doté de trois praticiens hospitaliers temps plein, avec à sa tête un chef de service professeur des universités-praticien hospitalier. Ce chef de service bénéficie d'un ancrage institutionnel très fort, de par son ancienneté dans la fonction et ses missions universitaires⁶. Le DIM développe depuis de nombreuses années des compétences pointues dans l'analyse de l'activité hospitalière et dans le domaine de l'économie de la santé. Il a également des liens étroits – personnels et professionnels, avec les acteurs institutionnels internes tels que la commission médicale d'établissement. Comme dans tous les établissements hospitaliers, son rôle – déjà très important depuis le milieu des années 1990 – est devenu crucial avec l'arrivée de la T2A.

Les relations entre le responsable DIM et le directeur des finances sont respectueuses mais parfois difficiles. A un niveau subalterne (les praticiens hospitaliers du DIM et la responsable des recettes et de l'activité de la direction des finances), les relations sont plus faciles car essentiellement basées sur des aspects techniques.

Pour « mettre de l'huile dans les rouages », la direction générale a mis en place une structure plus ou moins formelle associant des représentants du corps médical (président de la

⁶ Il a notamment contribué à mettre en place une formation universitaire de troisième cycle spécialisée sur l'information médicale. Cette formation est aujourd'hui très prisée par les agents qui souhaitent s'orienter dans les services d'information médicale (en particulier les techniciens d'information médicale).

commission médicale d'établissement, chef de service du DIM, etc.) et de la direction (directeur général, directeur des finances...). Cette instance, appelée « CIMA » (pour Commission d'Information Médico-Administrative), est un lieu de débat et de décision pour toutes les problématiques liées à l'activité de l'hôpital, celle-ci étant quantifiée en données PMSI⁷. Contrairement à d'autres instances spécifiées par la réglementation telles que le conseil exécutif (remplacé dorénavant par le directoire) ou la commission médicale d'établissement, la CIMA est une structure propre à l'hôpital des Garrigues et n'a pas d'équivalent dans les autres sites de la région.

Cette structure de pilotage, composée de responsables institutionnels, se décline à un niveau plus opérationnel. En effet, une instance de collaboration permanente entre le DIM et la direction des finances a été mise en œuvre à la faveur de la T2A. Cette instance, appelée « réunion DEFI-DIM » associe les compétences des deux entités et est très investie dans le contrôle de l'activité médicale et l'aide au codage PMSI.

Les caractéristiques du terrain de recherche font apparaître une évolution marquée de la gouvernance de l'établissement et plus spécifiquement du système et de la fonction contrôle de gestion. D'un modèle de contrôle centralisé et essentiellement budgétaire au début des années 2000, l'établissement s'oriente clairement vers un nouveau modèle, qui accorde une part plus importante aux aspects stratégiques et qui associe plus largement les représentants médicaux aux problématiques économiques et gestionnaires.

Nous allons voir dans la troisième partie de notre exposé que ces évolutions peuvent être analysées à la lumière des acquis récents de la recherche en contrôle et nous nous interrogerons sur la pertinence du cadre théorique proposé par Simons dans le contexte qui nous intéresse.

3 Pertinence du modèle de Simons pour l'hôpital des Garrigues

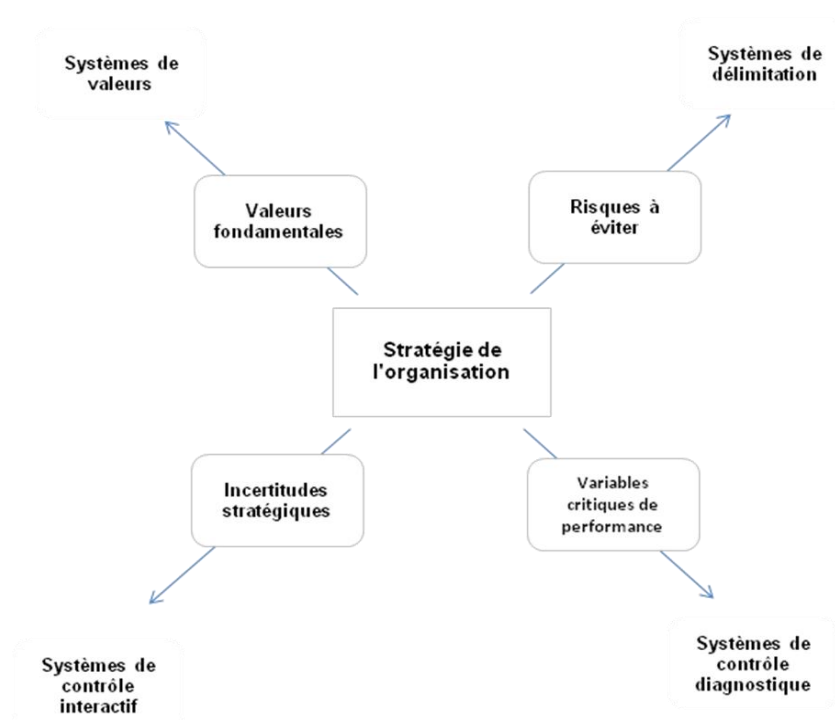
Abernethy et Chua ont ouvert des pistes de réflexion intéressantes puisqu'il s'agit de la première tentative de transposition du cadre conceptuel de Simons au milieu hospitalier. Néanmoins, les auteurs ne se sont pas focalisés sur l'application du modèle en tant que tel, préférant illustrer la complémentarité des cadres du néo-institutionnalisme, du choix

⁷ Le PMSI est le programme de médicalisation des systèmes d'information. Il est à la base de la tarification à l'activité.

stratégique et de celui de Simons malgré l'opposition apparente entre ces cadres théoriques. En effet, ils n'utilisent pas directement le modèle des leviers de contrôle dans leur démonstration et s'attachent plutôt à mettre en exergue la capacité des dirigeants à s'affranchir de la logique coercitive des réformes hospitalières et à promouvoir des formes de contrôle basées sur d'autres moyens que la technologie comptable.

Nous allons pour notre part essayer de prolonger ces réflexions pionnières, en recourant au modèle des leviers de contrôle proposé par Simons dans son ouvrage de 1995 (Cf. figure n°3).

Figure n°3 : Les leviers de contrôle de Simons



D'après Simons, R. (1995a). *Levers of Control*. Boston: Harvard business school press.

Dans quelle mesure ce cadre peut-il s'adapter à la réalité hospitalière ? C'est ce que nous allons essayer d'analyser dans l'exemple de l'hôpital des Garrigues, en partant des systèmes de contrôle les plus évidents - c'est-à-dire les systèmes de contrôle diagnostique - et en identifiant les autres leviers de contrôle qui apparaissent dans le schéma de Simons.

3.1 Les systèmes de contrôle diagnostique

Il vient tout naturellement à l'esprit que les outils comptables proprement dits entrent dans la catégorie des systèmes de contrôle diagnostique. Ils permettent à l'hôpital de contrôler et d'améliorer sa performance par rapport à des standards communément admis (l'exemple du guide d'analyse de la comptabilité analytique hospitalière ou GACAH en est l'illustration même). Dans le cas de l'hôpital des Garrigues, les dispositifs comptables peuvent être d'origine externe (GACAH, CREA⁸) ou interne (fichier commun de structure par exemple⁹) ; dans tous les cas, il y a une volonté claire de renforcer et de légitimer ces dispositifs au sein de l'établissement.

Comme dans le cas retracé par Abernethy et Chua, la direction de l'hôpital a consenti de gros efforts pour accroître la performance du système d'information comptable. Le recrutement d'un responsable du contrôle de gestion de haut niveau et de huit techniciens d'information médicale pour le DIM ainsi que le développement du système d'information et l'achat de dispositifs de communication témoignent de l'investissement humain et matériel engagé par l'établissement. L'objectif est bien d'améliorer le pilotage de l'activité médicale, au niveau central (service central du contrôle de gestion, DIM) comme au niveau opérationnel (pôles d'activité). En devenant médicalisée (au moyen des groupes homogènes de séjour), la comptabilité de gestion est destinée en premier lieu au pilotage interne, en particulier pour les responsables des divisions médicales, plutôt qu'à l'information des autorités institutionnelles. Le système de gestion comptable est par conséquent étroitement lié à la délégation de gestion vers les centres de responsabilité cliniques.

Il convient de souligner également l'effort considérable consenti par l'établissement pour la refonte du fichier commun de structure (le contrôleur de gestion central a travaillé sur ce dossier pendant plusieurs mois) afin qu'il soit accessible à tous les acteurs impliqués dans la chaîne du contrôle. Cet exemple montre que l'investissement humain effectué par l'établissement pour l'amélioration du système de contrôle de gestion répond en grande partie à des objectifs de gestion interne, notamment auprès des pôles.

⁸ L'acronyme CREA signifie « compte de résultat d'exploitation analytique ». Avec la mise en œuvre de la T2A, un nombre croissant d'établissements hospitaliers a mis en place des CREA par pôle, en rapprochant les recettes engendrées par l'activité médicale et les charges de la comptabilité de gestion. L'objectif est de permettre de dégager un résultat d'exploitation par pôle.

⁹ Le fichier commun de structure formalise le découpage analytique de l'hôpital. Il constitue le socle sur lequel est érigé le système comptable de gestion.

3.2 Les systèmes de délimitation

Ces systèmes sont plus délicats à qualifier dans le contexte qui nous intéresse. D'ailleurs, Abernethy et Chua ne les mentionnent pas explicitement. Il est en effet très difficile d'envisager des codes de conduite formalisés (comme dans les entreprises citées par Simons) dans une organisation telle que l'hôpital en raison de son émiettement et de la multiplicité des représentations des acteurs. L'action des responsables de pôle (telle qu'elle apparaît dans nos résultats empiriques) constitue d'une certaine manière un système de délimitation implicite.

Il existe des systèmes de délimitation formalisés tels que le code de déontologie médicale, mais ce système de délimitation (*boundary system*) est extérieur à l'organisation et s'impose aux médecins en tant que partie intégrante d'une profession. D'autres instruments peuvent prétendre au titre de système de délimitation : on peut citer par exemple l'avis n°101 du Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) du 28 juin 2007. Mais les recommandations émises par le CCNE, et notamment de privilégier la dimension sociale - et sociétale - de l'hôpital ne sont justement que des recommandations qui se heurtent à la réalité macro-économique et micro-économique de la T2A.

Les démarches qualité mises en œuvre dans les établissements, qui se traduisent de plus en plus par des processus de certification, peuvent être également considérées comme des systèmes de délimitation. A l'instar d'autres centres hospitaliers, l'hôpital des Garrigues a mis en place une délégation qualité, laquelle a succédé à la direction de la qualité. Alors que la direction de la qualité était sous l'entière responsabilité de la direction de l'établissement, la délégation associe des responsables de l'administration (directeurs, ingénieurs qualité) et des médecins désignés par la CME, et se réunit très régulièrement pour assurer le suivi des actions qualité dans l'établissement. Bien que les recommandations sur l'activité hospitalière émanent en grande partie de sociétés savantes et s'adressent aux médecins en tant que professionnels, la délégation qualité joue un rôle croissant dans ce domaine, notamment dans le suivi de ces recommandations et constitue un appui méthodologique apprécié par les médecins.

3.3 Les systèmes de valeur

Les actions menées pour diffuser une culture de gestion commune auprès du personnel médical et administratif peuvent être rangées dans les systèmes de valeurs. Ceux-ci sont destinés à fédérer les membres de l'organisation autour d'un but commun.

L'hôpital des Garrigues s'inscrit pleinement dans cette logique. Durant l'année 2010, quinze cadres de direction et cinq médecins chefs de pôle ont suivi une formation commune à la gestion animée par un organisme extérieur et dont l'intitulé était : « *nouvelle gouvernance : délégation de gestion* ». Les cadres administratifs de pôle ont également bénéficié d'une formation encadrée par un autre organisme de formation et intitulée : « *pôles d'activité : les outils d'analyse et de gestion* ». L'objectif de ces formations était d'abord de donner aux responsables médicaux les clés de compréhension de la nouvelle organisation en pôles. Mais un autre objectif transparaît dans cette action : la diffusion d'une culture gestionnaire au sein de la communauté médicale. Les responsables de pôles sont en effet supposés se saisir des problématiques de gestion pour assurer leur mission mais aussi relayer le discours et les pratiques gestionnaires parmi leurs pairs et dans l'ensemble du pôle. Cette diffusion permet de superposer à la culture médicale existante une culture managériale censée guider les cliniciens dans leurs actions quotidiennes.

Comme l'observateur peut le constater, la formation s'adresse autant aux dirigeants qu'aux médecins chefs de pôle ; l'idée est de favoriser un phénomène d'acculturation et d'agrégation, de surmonter la dichotomie entre les systèmes de valeur des managers et des professionnels médicaux et en définitive de développer un nouveau contexte culturel commun favorable à un management global de la performance hospitalière.

3.4 Les systèmes de contrôle interactif

Enfin, il existe des dispositifs conçus pour favoriser l'interaction entre les différentes strates de l'organisation. Ces dispositifs peuvent être de nature technique : dans ce cas, ils sont d'origine institutionnelle (PMSI et TCCM¹⁰) ou d'origine interne (dossier patient informatisé). Ils peuvent être aussi de nature organisationnelle (CIMA, réunion DEFI/DIM).

Reprenons les caractéristiques des systèmes de contrôle interactif présentées par Simons (1995a, p.97) :

1. L'information donnée par le système sert les objectifs fixés par les plus hauts niveaux de la direction.

¹⁰ Le Tableau Coût Case-Mix ou TCCM « *permet de comparer les grands chapitres de dépenses d'un établissement aux mêmes chapitres de dépenses d'un hôpital fictif qui aurait le même case-mix, mais muni des coûts de référence par GHM [groupes homogènes de malades] issus de l'Etude Nationale des Coûts (ENC)* » (Site internet MEAH). Autrement dit, le TCCM est un outil de modélisation financière de l'activité médicale.

2. Le système de contrôle interactif exige une attention régulière de la part des managers opérationnels à tous les niveaux de l'organisation.
3. Les données générées par le système sont interprétées et discutées en face-à-face entre les supérieurs hiérarchiques, les collaborateurs et les pairs.
4. Le système donne l'occasion d'un débat et d'une remise en question permanents des données, hypothèses et plans d'action.

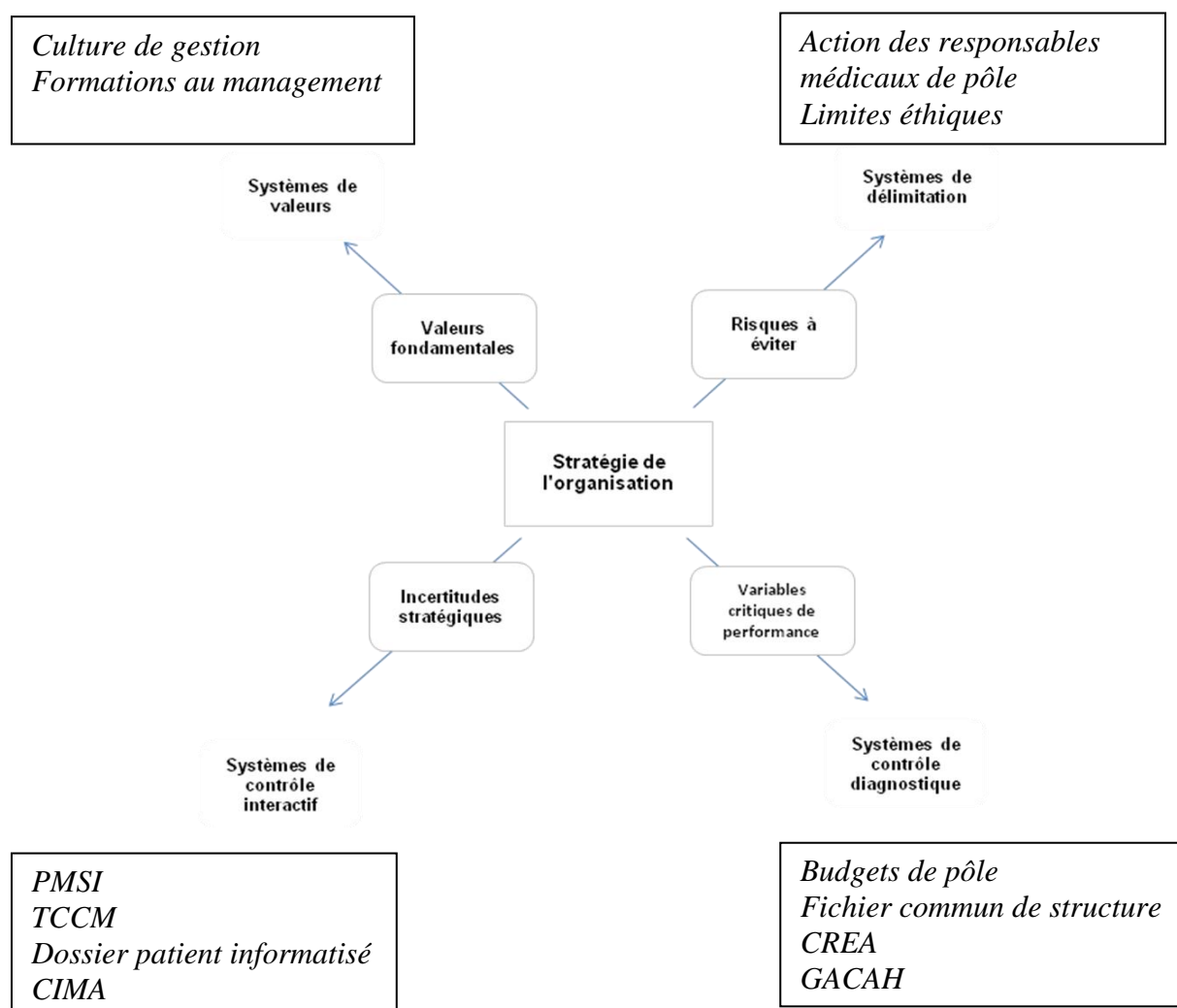
Tous les résultats que nous avons mis en lumière, à partir d'entretiens ou d'observations de terrain, convergent dans un même sens : les caractéristiques des systèmes de contrôle interactif telles qu'elles ont été formulées par Simons se retrouvent dans l'organisation du CH des Garrigues.

1. L'information donnée par le système PMSI sert les objectifs fixés par les plus hauts niveaux de la direction. Celle-ci se base de manière systématique sur les données du contrôle de gestion et du DIM (les TCCM ou des études médico-économiques spécifiques) pour élaborer et valider les projets stratégiques ou effectuer leur suivi, dans le cadre de la CIMA ou du directoire (ex-conseil exécutif).
2. Les « managers opérationnels » - que sont *de facto* les responsables de pôle - accordent une attention de plus en plus soutenue aux données d'activité médicale et aux modalités de financement. Des contacts fréquents ont lieu avec le contrôle de gestion au moment de l'élaboration des CREA et surtout avec le DIM pour optimiser la cotation des actes.
3. L'interaction est permanente entre les dirigeants, les managers opérationnels (responsables de pôle) et les personnels chargés du contrôle (service du contrôle de gestion et DIM). Ce processus s'incarne en particulier dans la CIMA et les réunions DEFI/DIM.

4. Dans cette organisation, le système de contrôle de gestion n'est plus un outil de gestion par exception mais peut être utilisé plus activement pour la gestion opérationnelle quotidienne (réunions DEFI/DIM) ou la gestion stratégique (CIMA). Grâce aux nouveaux outils partagés (PMSI, TCCM et dossier patient informatisé), un dialogue riche et permanent s'établit entre les différents métiers et corps de l'hôpital ; ainsi s'enclenche un processus d'apprentissage organisationnel et l'émergence de nouvelles stratégies.

L'organisation que nous voyons se dessiner dans l'hôpital des Garrigues se caractérise par une cohérence croissante. Certes, le « système » de contrôle organisationnel que nous avons illustré dans cette étude de cas ne résulte pas réellement d'une construction intellectuelle de la direction mais plutôt d'un processus intuitif et marqué par un apprentissage progressif et partagé. L'évolution du système de contrôle est donc le produit de décisions et d'actions, certes cohérentes les unes avec les autres, plutôt que d'un design organisationnel conçu dès l'origine. Il n'en demeure pas moins que ses caractéristiques sont très proches de celles identifiées par Simons dans ses travaux ; par conséquent, la parenté que nous avons mise en évidence entre le système de contrôle au sein de l'hôpital et la démarche conceptuelle de Simons nous permet de proposer une adaptation du modèle de contrôle intégré à la réalité hospitalière française (Cf. figure n°4) :

Figure n°4 : Adaptation du modèle de Simons au contexte hospitalier



Conclusion

Le contrôle de gestion hospitalier connaît actuellement une profonde évolution. La place dorénavant donnée à l'information médicale a fait naître une véritable dynamique de collaboration entre les principaux acteurs : ceux en charge du contrôle d'activité (DIM et contrôle de gestion) et ceux en charge de l'activité elle-même (chefs de pôles et cliniciens). Cette configuration nouvelle nécessite la mise en œuvre d'un système de contrôle qui dépasse l'objectif de maîtrise des dépenses qui lui était jusque-là assigné. L'incertitude qui pèse sur l'activité et donc sur le financement de l'hôpital incite les directions des établissements

hospitaliers à s'inscrire dans une logique novatrice dans laquelle le système de contrôle de gestion puisse refléter l'émergence des préoccupations stratégiques et la nécessité d'associer les opérateurs médicaux.

Nos résultats empiriques (et tout particulièrement à partir des observations faites sur le terrain) montrent que l'hôpital des Garrigues suit en grande partie ce schéma organisationnel. La volonté de la direction d'améliorer le système de gestion comptable (du point de vue technique et organisationnel) pour faire face aux enjeux de la T2A est bien sûr un aspect important du dispositif général de contrôle. Mais si ce renforcement du système de contrôle est important - essentiellement dans un but de contrôle diagnostique - il est loin d'être le seul levier de contrôle employé par la direction.

Un contrôle essentiellement diagnostique, aussi pénétrant soit-il, n'est en effet pas suffisant pour assurer la performance médico-économique. Quel que soit le degré de sophistication du système comptable, les cliniciens conservent un pouvoir irréductible : celui de choisir le niveau de ressources nécessaire pour chaque cas clinique et de traduire leur activité en symboles, par le truchement du primo-codage (le choix du diagnostic principal). Il faut donc pouvoir agir sur l'opérateur médical lui-même afin qu'il intériorise l'objectif d'efficience imposé par la T2A. Pour ce faire, il convient de diffuser les valeurs gestionnaires parmi les professionnels médicaux et ce, au moyen de la formation ou de tout autre moyen susceptible de faire évoluer les pratiques cliniques. D'où un système de valeurs partagé agissant comme un levier de contrôle supplémentaire.

Mais quand bien même les cliniciens seraient sensibilisés aux aspects économiques de leur activité et agiraient conformément aux vœux de la direction, il ne peut y avoir de dialogue direct permanent entre « l'administration » et les médecins. Un relais est nécessaire pour faire la jonction entre les objectifs organisationnels et les « opérateurs », contrôler l'activité opérationnelle et établir les règles de conduite induites par la nouvelle tarification. D'où la nécessité d'un code de conduite implicite, relayé par les responsables de pôle. A contrario, les systèmes de suivi de la qualité (exemple : la délégation qualité nouvellement constituée) jouent un rôle de plus en plus important dans l'établissement de garde-fous.

Enfin, il faut un système qui puisse traduire les incertitudes stratégiques et donner lieu à un dialogue permanent entre les multiples échelons de l'organisation (Simons, 1995a, p.102). Ce processus d'interaction entre les opérateurs (cliniciens), les responsables opérationnels (chefs de pôle), la technostructure chargée du contrôle (contrôle de gestion et DIM) et la direction permet de passer au stade du *contrôle interactif*. Ce système s'appuie sur des outils de

dialogue médico-économique (par exemple : les tableaux coûts case-mix ou TCCM) et sur un design organisationnel propice à l'éclosion d'un échange régulier entre les diverses parties prenantes (par exemple : la CIMA et la réunion DEFI-DIM).

Ainsi la logique d'évolution de la fonction contrôle de gestion induite par la T2A et la nouvelle gouvernance débouche-t-elle à terme sur une évolution du système de contrôle organisationnel dans son ensemble. Le nouveau système de contrôle intégré que nous avons mis en exergue se caractérise par une plasticité et un potentiel intégrateur qui lui permettent d'être beaucoup plus adapté au contexte d'incertitude stratégique auquel est désormais confronté l'hôpital.

Le caractère coercitif des réformes institutionnelles n'empêche pas les dirigeants (et même l'ensemble des acteurs) de profiter des marges de manœuvre dont ils disposent pour accroître l'efficacité du système de contrôle global. C'est ce que nous avons pu voir sur le terrain étudié, où trois leviers de contrôle apparaissent clairement et trouvent leur équilibre dans un système cohérent. Comme il a été dit précédemment, les systèmes de délimitation sont encore embryonnaires et trouvent principalement leur source dans des organismes extérieurs à l'hôpital. En revanche, les systèmes de contrôle diagnostique, les systèmes de valeurs et les systèmes de contrôle interactif se manifestent pleinement dans le pilotage de l'hôpital.

Certes, le processus que nous avons décrit est un processus émergent, au sens où le caractère très récent des phénomènes observés ne permet pas pour l'instant de proposer une généralisation à l'ensemble du tissu hospitalier. En outre, il faut rappeler que Simons a élaboré son cadre conceptuel à partir d'un milieu très différent de celui que nous connaissons. Seuls Abernethy et Chua (1996) se sont appuyés explicitement (mais en partie seulement) sur ce cadre théorique pour analyser un contexte hospitalier particulier... sans toutefois aller jusqu'au bout de la logique, c'est-à-dire l'adaptation intégrale du schéma des quatre leviers de contrôle. C'est précisément cette transposition que nous avons essayé de faire dans le cadre d'un hôpital français de taille importante.

Nous avons vu que les profonds changements auxquels nous assistons dans les hôpitaux à l'heure actuelle modifiaient profondément les représentations traditionnelles de la gestion hospitalière. Le système global de contrôle de l'hôpital doit se mettre au diapason de ces mutations et cela nous incite à penser que le modèle de Simons est un cadre d'analyse très prometteur pour le contrôle de gestion hospitalier dans les années qui viennent.

Bibliographie

- Abernethy M., Stoelwinder, J.U. (1990). Physicians and resource management in hospitals: an empirical investigation. *Financial Accountability & Management* 6 (1): 17-31.
- Abernethy M., Stoelwinder, J.U. (1995). The role of professional control in the management of complex organizations. *Accounting, Organizations and Society* 20 (1): 1-17.
- Abernethy, M. (1996). Physicians and resource management: the role of accounting and non-accounting controls. *Financial Accountability & Management* 12 (2): 141-156.
- Abernethy, M. Chua, W.F. (1996). A field study for control systems 'redesign': the impact of institutional processes on strategic choices. *Contemporary Accounting Research* 13 (2): 569-606.
- Abernethy, M., Brownell, P. (1997). *Management control systems in research and development organizations: the role of accounting, behavior and personnel controls*. *Accounting, Organizations and Society* 22 (3/4): 233-248.
- Abernethy, M., Lillis, A. (2001). Interdependencies in organization design: a test in hospitals. *Journal of Management Accounting Research* 13: 107-129.
- Anthony, R.N. (1988). *The management control function*. Boston: Harvard Business School Press.
- Argyris, C. (1976). Single-Loop and Double-Loop Models in Research on Decision Making. *Administrative Science Quarterly* 21 (3): 363-375.
- Argyris, C., Schön, D.A. (2002). *L'apprentissage organisationnel*. Paris: De Boeck Université.
- Atkinson, A.A., Banker, R.D., Kaplan, R.S., Young, S.M. (1995). *Management Accounting*. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Cohen, M.D., March, J.D., Olsen, J.P., A. (1972). Garbage can model of organizational choice. *Administrative Science Quarterly* 17 (1): 1-25.
- Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. Avis n°101, 28 juin 2007.
- Corfmat, D., Helluy, A., Baron, P. (2000). *La mutation du contrôle de gestion*. Paris: Editions d'organisation.
- Daft, R.L., Macintosh, N.B. (1984). The nature and use of formal control systems for management control and strategy implementation. *Journal of Management* 10 (1): 43-66.
- De Pourville, G., Tedesco, J. (2003). La contractualisation interne dans les établissements hospitaliers publics. *Revue Française de Gestion* 29 (146): 205-218.
- DiMaggio, P.J., Powell, W.W. (1983). The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review* 48: 147-160.
- Drucker, P. (1999). *L'avenir du management*. Paris: Village mondial.
- Engel, F., Moisdon, J.C., Tonneau, D. (1992). *Contrainte affichée ou contrainte réelle ? Analyse de la régulation du système hospitalier public français*. Cahiers de recherche du centre de gestion scientifique de l'Ecole des Mines n°1.

- Gigliani, G.B., Bedeian, A.G. (1972). A Conspectus of Management Control Theory: 1900-1972. *Academy of Management Journal* 17(2): 292-305.
- Goold, M., Quinn, J.J. (1990). The paradox of strategic controls. *Strategic Management Journal* 11 (1): 43-57.
- Goold, M. (1991). Strategic Control in the Decentralized Firm. *Sloan Management Review* 32 (2): 69-81.
- Govindarajan, V. (1988). A contingency approach to strategy implementation at the business-unit level: integrating administrative mechanisms with strategy. *Academy of Management Journal* 31 (4): 828-853.
- Govindarajan, V., Shank, J.G. (1992). Strategic cost management: tailoring controls to strategies. *Journal of Cost Management* (fall): 14-24.
- Green, S.G., Welsh, M.A. (1988). Cybernetics and dependance: reframing the control concept. *Academy of Management Review* 13 (2): 287-301.
- Hofstede, G. (1978). The poverty of management control philosophy. *Academy of Management Review* 3: 450-461.
- Hofstede, G. (1981). Management control of public and non-for-profit activities. *Accounting, Organizations and Society* 6 (3): 193-211.
- Horovitz, J. H. (1979). Strategic Control: A New Task for Top Management. *Long Range Planning* 12 (3): 2-7.
- Johnson, T., Kaplan, R. (1987). *Relevance lost, the rise and fall of management accounting*. Boston: Harvard business school press.
- Kaplan, R.S. (1984). The evolution of management accounting, *Accounting Review* 59 (3): 390-418.
- Langfield-Smith, K. (1997). Management control systems and strategy: a critical review. *Accounting, Organizations and Society* 33 (7-8): 207-232.
- Lorino, P., (1989). *L'économiste et le manager*. Paris, La découverte.
- Meyer, J., W., Rowan, B. (1977). Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony. *The American Journal of Sociology* 83 (2): 340-363.
- Mignon, S., Teller, R. (2009). *Le contrôle de gestion. Pour un pilotage intégrant stratégie, cognition et finance*. Paris: Editions EMS, 2^e édition.
- Mintzberg, H. (1978). Patterns in strategy formation. *Management Science* 24 (9): 934-948.
- Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*. Paris: Editions d'organisation.
- Nixon, W., Burns, R. (2005). Management control in the 21st century. *Management Accounting Research* 16: 260-268.
- Nobre, T. (2000). *Quels tableaux de bord de pilotage pour l'hôpital ?* Communication au 21^{ème} congrès de l'Association Francophone de Comptabilité, Angers.
- Oliver, C. (1991). Strategic responses to institutional processes. *The Academy of Management Review* 16 (1): 145-179.

- Otley, D. (1994). Management control in contemporary organizations: towards a wider framework. *Management Accounting Research* 5: 289-299.
- Ouchi, W. (1980). Markets, bureaucraties and clans. *Administrative Science Quarterly* 25 (1): 129-141.
- Pépin, M., Moisdon, J-C. (2010). Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé. Dossiers Solidarité et Santé, DREES, n°16.
- Shank, J., Govindarajan, V. (1993). *Strategic Cost Management: The new tool for competitive advantage*. New York: The Free Press.
- Simons, R. (1994). How new top managers use control systems as levers of strategic renewal. *Strategic Management Journal* 15 (3): 169-189.
- Simons, R. (1995a). *Levers of Control*. Boston: Harvard business school press.
- Simons, R. (1995b). Control in an age of empowerment. *Harvard Business Review* 73 (2): 80-88.